

THÈSE 620

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Szmuel SYNAJKO

Né le 14 Août 1906, à Lodz (Pologne)

**Contribution à l'Etude des Flexions
avec Rotation de l'Utérus
dans les premiers mois de la Grossesse**

Président de Thèse : M. A. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V°)

1935

150

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Szmuel SYNAJKO

Né le 14 Août 1906, à Lodz (Pologne)

Contribution à l'Etude des Flexions avec Rotation de l'Utérus dans les premiers mois de la Grossesse

Président de Thèse : M. A. BRINDEAU, Professeur

LIBRAIRIE L. RODSTEIN

17, Rue Cujas, 17

PARIS (V^e)

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Mareel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GULLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ENARD Henri.... Pathologie médicale.
 ERNARD E. .. Pathologie médicale.
 ESANÇON (J.). Hydrologie.
 OULIN Pathologie médicale.
 ULLIARD Histologie.
 ATHALA Pathologie médicale.
 HEVALLIER.. Pathologie médicale.
 OGNON Physique.
 EY Urologie.
 ALLIARD Parasitologie.
 ASTINEL Bactériologie.
 E GAUDART D'ALLAINES..... Pathologie chirurgicale.
 AYET Physiologie.
 IROUD Histologie.
 AGUENAU . Pathologie médicale.
 ALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 AZARD Pharmacologie.
 UGUENIN .. Anatomie pathologique.
 OANNON Hygiène.
 ABBE (Henri). Chimie biologique.
 ACOMME ...{
 ANTUEJOUL.} Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LEVY .. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI Neuro-psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS..... Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale et comparée.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 USQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
 ALAJOUANINE. Clinique médicale.
 AUBERTIN Clinique médicale.
 BRULE Clinique médicale.
 CHABROL Clinique médicale.
 CHIRAY Clinique médicale.
 DONZELOT .. Clinique médicale.
 DUVOIR Clinique médicale.
 LIAN Clinique médicale.

MM.

PASTEUR-VALLERY-RADOT. Clinique
 médicale.
 SEZARY Clinique médicale.
 ECALLE Clinique obstétricale.
 GUENIOT Clinique obstétricale.
 LE LORIER ... Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL.. Clinique obstétricale.
 METZGER Clinique obstétricale.

MM.

BASSET Clinique chirurgicale.
 BROCC Clinique chirurgicale.
 CADENAT Clinique chirurgicale.
 GATELLIER .. Clinique chirurgicale.
 HEITZ-BOYER. Clinique chirurgicale.
 MOURE Clinique chirurgicale.
 QUENU Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.
 VELTER Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique
 WEIL-HALLE Puériculture.
 FREY Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE ET A MON PERE,

Qui par leur vie de labeur et de sacrifices m'ont appris l'amour du travail, et permis de parcourir le dur chemin des études, faible témoignage de mon attachement filial.

A MON FRERE ROUVEN,

Qui a sacrifié toute sa jeunesse pour les siens, qui lui doivent tant, qu'il veuille accepter notre modeste travail comme marque de notre amour fraternel.

A MES SŒURS, FRÈRES, BELLES-SŒURS
ET A MON BEAU-FRÈRE,

*En témoignage de notre profonde
affection.*

A MON PETIT-NEVEU ZWI,

*Que nous souhaitons de voir un
jour continuer les traditions familia-
les d'honnêteté et de travail.*

A LA MÉMOIRE DE NOTRE CHER AMI

LE DOCTEUR MORDECHAI CYMMER

*Que la mort vient de nous arra-
cher en pleine jeunesse.*

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

M. LE PROFESSEUR A. BRINDEAU

Professeur de Clinique obstétricale
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

*Hommage de notre profond res-
pect.*

A NOTRE MAÎTRE LE DOCTEUR CATHALA

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*A qui nous devons l'idée de cette
thèse, hommage de notre respec-
tueuse gratitude pour ses conseils
éclairés et pour la bienveillance avec
laquelle il nous a toujours accueilli.*

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE
ET DES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Les anomalies de la position de l'utérus au début de la grossesse, consistant en des flexions de l'organe en avant ou en arrière, sont d'une constatation clinique courante. Mais à ces déviations peut s'associer une rotation sur son axe, qui reporte l'utérus vers un des côtés du bassin. Cette rotation qui fait l'objet de notre thèse semble être peu étudiée. Elle est à peine effleurée dans les ouvrages classiques modernes, submergée par l'intérêt plus grand, sans aucun doute, des déviations de l'utérus qui se font dans le plan sagittal. Cependant, loin d'être exceptionnelle, son observation a une portée clinique considérable à cause des erreurs de diagnostic qu'elle peut occasionner. La plupart du temps, cette rotation de l'utérus est prise pour une latéro-flexion. Il est difficile de s'expliquer une flexion de l'utérus sur son bord, tandis qu'il est facile à comprendre la rotation de l'utérus, fléchi sur son axe.

M. le Docteur Cathala qui nous a conseillé de faire des recherches à ce sujet nous a rapporté six observations de malades qui lui ont été envoyées avec un diagnostic de grossesse extra-utérine ou de grossesse angulaire, et pour lesquels, au contraire, après examen approfondi on a dû constater une rotation de l'utérus fléchi.

Nous n'oserions prétendre traiter un tel chapitre, mais plus modestement nous essayerons de fondre dans un aperçu d'ensemble les différents travaux publiés sur cette question, et tâcherons de nous faire une opinion sur chaque point particulier. D'abord nous ferons un court historique. En second lieu, nous passerons en revue les théories pathogéniques émises sur les déviations en général et sur les rotations en particulier. Nous montrerons ensuite l'intérêt de ces situations latérales de l'utérus dans le diagnostic au début de la grossesse angulaire et de la grossesse extra-utérine.

Qu'il nous soit permis d'exprimer notre grande estime et profonde reconnaissance à notre maître le Docteur Cathala pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée dans son service où nous avons suivi notre stage d'accouchement. Il a daigné nous guider dans nos modestes recherches et nous encourager souvent avec la grande amabilité qui lui est coutumière, et encore plus avec l'appui de sa grande culture médicale.

HISTORIQUE

Philateus, nous dit Gardien, qui vivait 170 ans avant J.-C. parle de l'obliquité de la matrice. Moschion, auteur grec qui vivait dans le VI^e siècle, reconnaît quatre espèces d'obliquités. Aetius décrit l'inclinaison de l'utérus. De Graaf, Bartholin, Amand Moriceau ont entrevu la question, nous dit Baudlocque, Voesterus, Boeltern montrent que ces obliquités utérines sont souvent cause de distocies. Mais c'est Deventer, en 1733, accoucheur hollandais, qui le premier insista vraiment sur les obliquités latérales de l'utérus gravide. Levret, en 1761, invoque l'insertion placentaire, « la mauvaise conformation primordiale ou accidentelle de la matrice » comme cause de ces obliquités latérales.

Vient ensuite Schultze qui dans son traité des déviations utérines invoque les inflammations pelviennes comme cause de la rotation de l'utérus sur son grand axe. J.-L. Faure, Doléris, Felhausen et Küstner pensent que la soi-disant lésion latérale de l'utérus doit être considérée plutôt comme une rotation de l'utérus fléchi.

Parmi les auteurs qui, à notre connaissance, se sont spécialement attachés à la question, nous citerons Schultze, Küstner, Weid.

Mais c'est à notre maître, le docteur Cathala, que revient l'honneur d'avoir attiré le premier l'attention sur les rotations avec flexions de l'utérus au début de la grossesse et sur les causes d'erreurs qu'elles peuvent occasionner.

CHAPITRE PREMIER

SITUATION NORMALE DE L'UTERUS

Avant d'aborder la question des déviations de l'utérus il convient de déterminer la situation normale de cet organe. Une définition des changements pathologiques de la situation utérine ne peut reposer que sur une détermination préalable de sa position normale.

A l'état normal l'utérus n'est pas exactement au milieu du bassin. Son corps est légèrement reporté à droite, sa face antérieure regardant en avant et à droite. En un mot, l'utérus présente un léger degré d'antéversion-flexion avec légère rotation à droite. Dans cette déviation il y a des différences d'écart de la normale qui ne sont pas insignifiantes. Car un certain degré de mobilité de l'utérus et la possibilité des changements spontanés de position, même notables, caractérisent l'utérus normal. Une fois ces considérations émises, essayons d'établir les connections de l'utérus avec les tissus voisins. La situation de l'utérus est d'abord déterminée par ses moyens d'union avec les organes voisins. Les muscles et le tissu cellulaire du vagin se continuent avec leurs similaires de la matrice. La solidité, la résistance du vagin lui-même et celle des tissus voisins, notamment de la couche musculaire du plancher pelvien et de son aponévrose, contribuent essentiellement à assurer la situation de la matrice.

Dans l'aponévrose pelvienne supérieure on distingue des faisceaux saillants désignés sous le nom de liga-

ments pubio-vesico-utérins et utéro-sacrés qui, de chaque côté, s'étendent du col à la vessie en avant, du col au rectum en arrière, et de là jusqu'à la paroi antérieure et postérieure du pelvis. Cette fixation de l'utérus dans l'aponévrose limite à un certain degré les mouvements de l'organe. La surface antérieure du col est fixée à la paroi postérieure de la vessie dans une hauteur de deux centimètres du tissu conjonctif lâche. L'utérus suit les mouvements de réplétion de la vessie.

Le péritoine passe de la surface antérieure de l'utérus sur la vessie à la hauteur de l'orifice interne du col, en arrière il revêt tout l'organe ainsi que la partie supérieure du vagin et de là, il se porte sur la paroi antérieure du rectum. Des bords de l'utérus, il s'étend sur les ligaments larges et les parois latérales du bassin. Bien que ce revêtement péritonéal soit susceptible d'une grande extensibilité, il a en somme une influence notable sur la situation du corps de la matrice.

Le péritoine renferme des trousseaux musculaires qui rayonnent vers l'utérus et s'y insèrent : renforcés dans le bord antérieur, ils constituent les ligaments ronds, dans le bord postérieur les ligaments de Douglas.

Les premiers empêchent le fond de l'utérus de s'éloigner d'une manière permanente de la paroi pelvienne antérieure, les seconds empêchent le col de s'écarter de la paroi pelvienne postérieure. Mentionnons encore l'influence du poids de l'organe et de la pression abdominale sur la situation de l'utérus. Tandis que la première ne se fait sentir que faiblement, la seconde par contre a une influence remarquable.

CHAPITRE II

DES DEVIATIONS DE L'UTERUS GRAVIDE

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Les déviations utérines sont plus fréquemment observées pendant la grossesse qu'en dehors d'elle. Cette plus grande fréquence n'est pas due seulement à ce que l'examen pratiqué pour diagnostiquer une grossesse au début révèle parfois une déviation jusque là méconnue, mais aussi à ce que la gestation est une cause d'exagération et souvent même de production des déviations utérines par les modifications qu'elle apporte aux organes génitaux. Au cours de la grossesse, l'utérus augmente de volume, se ramollit et devient plus lourd. L'imbibition gravidique envahit l'utérus dès les premiers mois de la grossesse ; elle occasionne un ramollissement, surtout au niveau de l'isthme. Il se forme en ce point une sorte de charnière qui permet au corps de se fléchir sur son col. En outre les ligaments suspenseurs de l'utérus, qui font en quelque sorte partie du tissu utérin, participent à cette imbibition.

Ils se ramollissent et se laissent distendre, surtout les ligaments ronds. Leurs relâchements permettent au globe utérin de se développer au cours de la grossesse, mais en lui donnant plus de mobilité, ils l'exposent plus facilement à des déplacements sous l'influence des pressions qui s'exercent sur lui.

A. - LES ANTÉVERSION-FLEXIONS DE L'UTÉRUS

Ce qui vient d'être exposé nous explique, pour-quoi l'utérus gravide a tendance à exagérer l'antéversion que l'organe présente à l'état non gravide. Mais cette tendance à l'antéversion est limitée par la tonicité de la paroi abdominale. Il nous sera donc permis de croire qu'un certain degré d'antéversio-flexion est parfaitement physiologique et nullement pathologique. Si, par une cause quelconque, la musculature abdominale se trouve affaiblie, relâchée, l'utérus n'étant plus soutenu, se mettra plus facilement en avant dans une antéversion marquée, et c'est alors que cette dernière entrera dans le cadre pathologique. La déviation de l'utérus en avant était plus fréquente autrefois, quand on pratiquait l'hystéropexie vaginale ou par voie abdominale très étendue, en fixant toute la face antérieure de l'utérus. Toute l'ampliation utérine se faisait aux dépens de la paroi postérieure, qui arrivait à devenir antérieure, les adhérences ne cédant pas, mais s'étirant un peu du fait de l'imbibition gravidique. Il en résultait une bascule, puis une ascension du col en arrière et en haut. Mais ce que l'on voit toujours, c'est l'antéversion très marquée de l'utérus chez les grandes multipares, à paroi abdominale très flasque, presque inexistante. Exceptionnellement on peut l'observer chez les primipares, mais dans ce dernier cas il s'agit, le plus souvent, d'un rétré-

cissement très marqué du bassin. L'utérus en se trouvant hors de l'excavation pelvienne, se porte fortement en avant.

De même chez les cypho-scoliotiques, les luxations congénitales doubles, les coxalgiques à lordose lombaire. C'est l'abdomen pendulum, le ventre en besace où le fond utérin vient tomber devant les cuisses, en perdant parfois cité dans l'abdomen. Dans les déformations rachitiques du bassin, l'antéversion est due non seulement au rétrécissement, mais aussi à la faiblesse musculaire presque constamment observée dans cette affection.

B. - LES RÉTROVERSION-FLEXIONS DE L'UTÉRUS

Le déplacement de l'utérus en arrière, bien que plus fréquent au cours de la grossesse, s'observe cependant en dehors de tout état de gestation. Il semble d'après Küstner, que l'utérus, s'il avait une position normale avant la conception, présentait au moins une mobilité pathologique ou un relâchement prononcé de ces organes de soutien, c'est-à-dire un état que Küstner désigne sous le nom « uterus mobilis » où chaque trouble de l'équilibre utérin, même en dehors de la grossesse, peut amener un rétro-déplacement. Néanmoins la gestation, avec toutes les modifications qu'elle apporte à la sphère génitale, est capable à elle seule de créer cette affection.

Chez un grand nombre des femmes, par suite du relâchement des suspenseurs, l'utérus sans être retrodévié, n'est cependant pas complètement en antéverson. Il est plus ou moins relevé en position intermédiaire, et il existe entre l'utérus et la paroi abdominale un espace dans lequel viennent s'insinuer des anses intestinales. La masse de l'intestin n'appuie plus uniquement, comme à l'état normal, sur la face postérieure de l'utérus, mais elle se divise, et la partie qui descend en avant du corps utérin a tendance à le refouler en arrière.

D'autre part, l'augmentation du volume et des parois de l'utérus, ramollissement de l'isthme, relâchement ligamentaire, expliquent la plus grande fréquence des rétrodéviations chez la femme enceinte.

Les multipares sont plus prédisposées aux rétrodéviations par suite de la moindre résistance des ligaments utérins, qui ont été déjà distendus pendant des grossesses précédentes.

On sait en outre, que les ligaments ronds sont moins musclés chez les multipares. Celles-ci présentent plus souvent de la ptose et du relâchement de la paroi abdominale, cause, qui comme nous l'avons vu, agit pour créer la rétropulsion de l'utérus en permettant la pression d'une partie de la masse intestinale en avant de lui.

Le déplacement de l'utérus en arrière s'opère d'ordinaire d'une façon progressive; plus rarement, la rétrodéviatiou s'effectue brusquement à la suite d'un effort violent. Les déplacements de l'utérus en arrière se présentent sous trois formes :

1° *La rétroversion*. Cette déviation est d'ordinaire antérieure à la grossesse qui ne fait que l'accentuer. L'utérus, dont tous les ligaments sont relâchés, a basculé en arrière dans sa totalité, le col relevé en avant reste dans le prolongement du corps ;

2° *La rétroflexion*. Bien qu'on l'observe en dehors de la gestation, elle est plus fréquemment constituée au cours de la grossesse. Plus lourd, le corps utérin tombe en arrière par suite du ramollissement de l'isthme et de la laxité des ligaments ronds. Le col reste à peu près dans sa position retenu par les ligaments utéro-sacrés ;

3° *La rétroversio-flexion*. Il s'agit en général d'une rétroversion ancienne avec flexion du corps sur le col sous l'influence de la gestation. La déviation en arrière peut être plus ou moins accentuée, et selon le siège du fond de l'utérus on peut décrire, d'après Cathala, deux variétés pour chaque rétrodéviations : une variété sus-ligamentaire et une sous-ligamentaire.

Selon la résistance des ligaments utéro-sacrés et le volume de l'utérus, le corps utérin est arrêté ou passe à travers eux, descendant dans le cul-de-sac de Douglas. On conçoit quelles sont les difficultés parfois, de réduire cette dernière déviation, où l'utérus se trouve enclavé.

C. - LES LATÉRO-DÉVIATIONS

1° *La latéro-version*. Cruveilhier a soutenu que l'utérus n'a point d'axe fixe : il le considère comme un organe flottant dans l'excavation pelvienne.

Il est bien évident que l'appareil ligamentaire de l'utérus, constitué par les ligaments ronds et les ligaments larges, laisse à ce dernier la possibilité de se déplacer à droite ou à gauche du plan sagittal.

Mais ces déviations physiologiques ne sont que momentanées, et l'élasticité des moyens d'union latéraux de l'utérus tendent sans cesse à le ramener à sa position normale. « Il est difficile », dit Nélaton, « de tracer la limite qui existe entre la déviation physiologique et pathologique de la matrice. »

Pour limiter notre travail, nous n'envisagerons que les latéro-déviations de l'utérus gravide.

Quelles sont les causes qui ont été invoquées pour expliquer ces latéro-déviations ?

La théorie placentaire de Levret n'a qu'un intérêt historique. Malgré le grand nombre des partisans, l'expérience n'a pas démontré que le placenta forçât cet organe de s'incliner du côté de son insertion. Il est de même du décubitus, qui lui aussi a été invoqué comme cause de latéro-version. Gazeux a démontré que sur 76 femmes qui toutes avaient l'utérus incliné à droite, 38 couchaient sur le côté droit, 20 sur le côté gauche et 18 alternativement sur l'un ou l'autre côté.

L'usage prépondérant du bras droit ou gauche n'est pas une raison meilleure. On a voulu expliquer cette influence par l'attitude du corps. Mais il existe des droitnières qui ont l'utérus incliné à gauche et inversement.

Deleurye, M^{me} Boivin donnent une explication différente. D'après ces auteurs, le ligament rond du côté droit est plus court, plus fort et plus riche en fibres mus-

culaires que celui du côté opposé. C'est à l'action plus puissante de ce ligament qu'est dûe l'inclinaison droite. Mais le Prof. Cruveilhier pense que cette brièveté du ligament rond est l'effet et non la cause de cette inclinaison.

Selon Aron, le ligament large correspondant à l'inclinaison est raccourci, le ligament utéro-sacré du côté opposé tendu; des deux ligaments sus-pubiens, celui qui répond à l'inclinaison est relâché ou raccourci, l'autre est tendu ou allongé.

Mais ne sont-ce là encore des lésions consécutives aux déviations ?

Pour Desormeux, c'est la direction du mésentère qui est en jeu : les anses intestinales s'orienteraient normalement en haut et à gauche, provoquant ainsi l'inclinaison de l'utérus.

Pour d'autres auteurs, lorsque l'inclinaison existe, elle serait due à ce que les anses intestinales, par suite des circonstances particulières s'amassent plus spécialement dans la partie droite de l'abdomen.

La cause, qui a été le plus communément admise, est l'action qu'exercent sur l'utérus les réservoirs rectal et vésical. Le rectum, qui est souvent en état de plénitude chez la femme enceinte, sollicite l'utérus à s'incliner sur la droite et cela d'autant plus facilement que dans l'S iliaque le cheminement du col fécal se fait de gauche à droite.

Cette inclinaison latérale s'accompagne souvent d'une torsion de l'utérus suivant son axe longitudinal.

De même, la réplétion vésicale pousse l'utérus à

droite. H. Crom, au contraire, en fait une des causes de la version à gauche.

Mais la cause qui, de toutes est la plus fréquente, la plus généralement admise par les accoucheurs modernes, réside dans les lésions dues aux inflammations pelviennes.

Toutes les inflammations ont été admises pour expliquer ces latéro-fixations : les salpingites, les phlegmons du ligament large, les paramétrites concourent tour à tour à provoquer ces latéro-déviation. La masse juxta-utérine, disent Faure et Siredey, imprime une direction oblique suivant qu'elle s'appuie exclusivement sur le corps (lésions de la loge supérieure) ou sur le col (lésion de la gaine hypogastrique).

Quand la guérison a eu lieu, la rétraction cellulaire consécutive attire l'utérus du côté malade. Enfin il y a des déviations congénitales consécutives à l'absence d'un ligament rond ou d'un ligament large.

2° *La latéro-flexion :*

Absence ligamentaire congénitale, inflammations pelviennes sont également causes de latéro-flexion. Mais quelle est spécialement la manière de formation de celle-ci ?

Dans ses leçons sur les déviations, Doléris nous dit : « Les bords latéraux de l'utérus sont beaucoup moins épais, beaucoup moins résistants encore que la face postérieure, par suite de la défection de la séreuse et de la couche musculaire sous-séreuse qui abandonnent l'organe pour constituer la charpente des ligaments larges ».

Qu'un foyer de ramollissement ou de sclérose, consécutive à une métrite, lèse ces régions peu résistantes de l'utérus et il deviendra le pivot d'une flexion latérale. Il en sera de même d'une cicatrice causée par une déchirure localisée aux bords latéraux, qui se produise bien rarement en dehors de ces régions, nous dit Doléris. Cette flexion portera le plus souvent au niveau de l'isthme.

Pour Howitz et Martin, l'allongement hypertrophique du col serait une cause fréquente de latéro-flexion. Par le fait même de l'allongement du col, l'isthme et le corps de l'utérus se trouvent repoussés de bonne heure dans la cavité abdominale, et le globe utérin s'incline latéralement sur la partie isthmique ramollie. Mais il y a des auteurs, et en particulier Küstner, qui nient l'existence des latéro-flexions.

Ils démontrent que ces soi-disant latéro-flexions ne sont en réalité que des apparences. Pour eux, il y aurait d'abord déplacement *in toto*, rotation de l'organe sur son axe avec inclinaison du corps de la matrice autour de la partie isthmique, soit en avant soit en arrière. Ce ne serait en somme, qu'une anté — ou rétroflexion d'un utérus tordu à gauche ou à droite.

La situation du corps de l'utérus, dont l'axe transversal se rapproche de la diagonale est essentiellement l'effet de la rotation, et ce n'est pas une latéro-flexion comme cela pourrait paraître. Car il est vraiment difficile à s'imaginer, comment un utérus, même en état de ramollissement gravidique, puisse s'incliner sur son bord.

D. - LA TORSION DE L'UTÉRUS

D'après la théorie de Sellheim, la torsion des viscères s'explique par la transmission d'un mouvement rotatif du corps entier. Plus un organe est fixé dans la cavité abdominale, moins il est susceptible de subir ce mouvement de rotation. Ainsi l'utérus, même en état de gestation, peut être considéré comme un organe bien fixé. Mais dans les cas où l'utérus est attaché asymétriquement, sa rotation selon son grand axe devient possible.

Le léger degré de rotation qui existe déjà normalement est encore accru, selon Kiparsky, dans le cas des malformations utérines doubles où chaque utérus (dans les cas de l'utérus didelphis) où chaque corne (dans les cas de l'utérus bicorne) est suspendue par un ligament rond.

Pour Schindler aussi, la fixation unilatérale de l'utérus gravide peut être considérée comme élément prépondérant dans l'étiologie de cette affection. Weinzierl pense que les tentatives de version bimannuelle externe, exercées sur un pôle fœtal haut situé, peut être la cause d'une torsion et ceci d'autant plus facilement, s'il existait une insuffisance du myomètre. Pour Schultze, la cause de la torsion de l'utérus réside dans les lésions consécutives aux inflammations pelviennes.

Les processus inflammatoires aigus et chroniques du paramètre se passent dans le tissu cellulaire situé entre la partie supérieure du col et le pelvis. La rétraction des tissus qui les accompagne ou les suit, attire l'utérus et

particulièrement le segment supérieur au col, vers la paroi pelvienne du côté, qui a été le plus considérablement atteint. Il n'y a pas de cicatrice paramétrique qui attache l'utérus à la paroi pelvienne exactement en avant ou en arrière, étant donné la solution de continuité qui existe dans la couche de tissu cellulaire en avant et en arrière de cet organe.

Chaque fixation de l'utérus, si par hasard elle n'est pas le résultat d'un raccourcissement symétrique gauche et droite, exerce une traction nécessairement latérale sur celui-ci et le déplace latéralement.

Si c'est un des ligaments larges qui a été atteint dans toute son étendue d'inflammation et de raccourcissement consécutif, il en résultera une déviation latérale de l'utérus dans la totalité, d'où une latéroposition. Si, ce qui est plus fréquent, la rétraction atteint particulièrement ou exclusivement les couches de tissu cellulaire qui entourent l'utérus à la hauteur de l'orifice interne du col, la partie supérieure des ligaments larges, qui n'a pas été atteint par le raccourcissement, maintiendra le fond de l'utérus comme auparavant, dans la position médiane. Une traction exclusivement transversale par raccourcissement partiel du tissu paramétrique est chose très rare, ce qui est démontré par la rareté des latéroversions pures.

Le plus souvent la traction se fait dans une direction diagonale antérieure ou postérieure.

Le raccourcissement est ordinairement plus accusé sur le bord libre du ligament large près du pli de Douglas. Le raccourcissement d'un des plis de Douglas rap-

proche ses deux points d'insertion ; comme un de ceux-ci se trouve sur le bassin dans la région de l'articulation sacro-iliaque à la hauteur de la deuxième vertèbre sacrée, l'autre à la surface postérieure de l'utérus un peu au-dessus du niveau de l'orifice interne, cette position, la seule mobile, est attirée vers le point ci-dessus décrit du bassin.

Le segment supérieur de la portion cervicale est tiré en arrière, en haut et de côté. Ce dernier facteur de déplacement cervical est celui qui produit la torsion de l'organe, parce que le fond de l'utérus reste maintenu dans la position médiane par la fixation péritonéale, et celle du col par les moyens d'attache du vagin. L'antéflexion qui se produit en même temps, résulte de ce que le col est attiré plus haut dans la cavité pelvienne, pendant que le fond conserve ses moyens de fixation normaux, et de ce que la matrice est forcée de se plier sur sa face antérieure.

E. - LA FLEXION AVEC ROTATION DE L'UTÉRUS

GRAVIDE

Normalement l'utérus n'est pas exactement au milieu du bassin, il présente un léger degré de rotation à droite. Cela est aussi vrai pour l'utérus gravide que pour le non gravide. Seulement dans le premier cas, cette rotation est plus accentuée, donc beaucoup plus facile à constater.

Mais si un léger degré de rotation peut être considéré

comme physiologique, son exagération devient phénomène pathologique.

La rotation ne survient pas comme déviation isolée, elle est une complication fréquente d'autres déplacements, surtout des anté et rétroversions et flexions. Nous étudierons seulement les cas des rotations compliquées des flexions.

La rotation d'un utérus antéfléchi ou rétrofléchi peut exister en dehors de la gestation, mais comme les femmes ne ressentent aucun trouble, elles ne consultent pas et l'anomalie passe le plus souvent inaperçue, ne donnant guère lieu à des erreurs de diagnostic.

Il n'en est pas de même pendant la grossesse, parce que les femmes se font examiner dès le début, soit pour savoir si elles sont enceintes, soit parce qu'elles présentent quelque symptôme qui les inquiète, tel que des pertes sanguines.

Plusieurs hypothèses ont été émises au sujet de leur origine.

Les unes sont liées à la grossesse, les autres s'observent en dehors de tout état de gestation. Le ramollissement isthmique, l'augmentation de volume et du poids de l'utérus sont une cause incontestable de production ou d'exagération de la flexion de cet organe en avant ou en arrière.

En même temps, l'imbibition gravidique envahit les ligaments suspenseurs de la matrice, permettant ainsi leur distension et leur allongement, de telle sorte que l'utérus peut facilement se tordre sur son grand axe.

Dans les cas d'antéflexion, le corps utérin gravide

augmentant de volume vient buter contre la paroi postérieure du pubis, faute de place suffisante, il glisse contre l'arc antérieur du bassin et se trouve reporté du côté. Quand le corps de l'utérus bascule en arrière, il passe d'ordinaire entre les ligaments utéro-sacrés qui le retiennent sur la ligne médiane ; mais quand les ligaments utéro-sacrés laissent entre eux une ouverture insuffisamment large pour le passage du corps utérin gravide, celui-ci glisse sur le versant externe d'un des ligaments et vient se placer latéralement. Dans les cas de rétroflexion-rotation, le corps utérin n'est jamais très abaissé, il reste toujours en position élevée, sus-ligamentaire, ce qui le fait prendre pour une tumeur annexielle, le plus souvent pour une grossesse extra-utérine.

Reste à expliquer pourquoi, chez certaines femmes, la grossesse produit de telles anomalies, tandis que les autres en sont exemptes.

Malheureusement les observations que nous avons pu recueillir dans le service ne donnent pas des éclaircissements à ce sujet.

Mais il faut admettre qu'il doit y avoir un terrain spécial, favorisant la production de ces anomalies, notamment une ptose générale des organes génitaux, une faiblesse de la musculature, etc.

En dehors de la grossesse, les flexions avec rotations de la matrice sont le plus souvent causées par des fixations vicieuses consécutives aux inflammations paramétriques.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC DE LA FLEXION-ROTATION DE L'UTERUS

La flexion-rotation de l'utérus n'offre d'intérêt que pour son diagnostic, car c'est une affection qui, en dehors des signes physiques, ne possède pas de symptômes qui lui soient propres. N'appuyant ni sur la vessie, ni sur le rectum et ne comprimant aucun des organes importants de la région, elle peut facilement passer inaperçue. Pourtant, ce diagnostic n'est pas difficile à faire, surtout quand on pense à une possibilité d'une telle anomalie de la position utérine.

Quels sont les éléments qui peuvent permettre de faire le diagnostic positif de cette disposition si particulière de l'utérus ? Lorsque le toucher fait sentir le fond de l'utérus dévié à gauche ou à droite, il faut tâcher de le mobiliser et ramener à sa position normale, c'est-à-dire vers la ligne médiane.

Mais l'importance primordiale de cette affection réside dans son diagnostic différentiel. Pour mettre ce dernier au point, nous citerons les observations prises dans le service de M. le Docteur Cathala et nous démontrerons quelles sont les erreurs à éviter en présence d'une telle affection utérine :

OBSERVATION I

La femme X..., envoyée dans le service par un des anciens internes pour l'examiner, présente une tumeur à droite et un peu en arrière. Absence de règles de deux mois. Il pense soit à

une grossesse extra-utérine, soit plutôt à un petit kyste de l'ovaire, car il trouve l'utérus petit et la femme n'a eu aucune perte sanguine depuis l'arrêt des règles.

L'examen génital montre une petite masse du volume d'une mandarine à droite et en arrière de ce qui semble être un corps utérin peu développé, mais cette masse se laisse mobiliser et peu à peu, on arrive à la ramener complètement en arrière. On constate alors qu'elle est constituée par le corps utérin gravide et qu'elle se continue avec la portion sus-vaginale du col, qui avait été prise pour un petit utérus. Il s'agit donc d'un utérus qui contient un œuf de deux mois et dont le corps utérin gravide en rétroflexion haute était situé sur le côté droit par suite d'une rotation de l'organe sur son axe.

Si la rotation s'observe parfois, comme dans le cas précédent, associée à une rétroflexion de l'utérus, elle accompagne plus fréquemment une antéflexion, comme dans les deux observations suivantes.

OBSERVATION II

La femme L... vient consulter parce qu'elle ressent une légère douleur du côté droit du ventre. Agée de 19 ans, elle a été réglée à 13 ans, irrégulièrement, avec des retards fréquents de dix jours. Les menstrues étaient abondantes et duraient 8 à 10 jours. Les dernières règles ont eu lieu du 15 au 25 mars. A l'examen, on sent un utérus qui paraît très peu développé et sur le côté droit, une tumeur du volume d'une grosse prune qui fait tout d'abord penser à un fibrome, mais cette tumeur, mobile, peut facilement être ramenée en avant sur la ligne médiane.

On constate alors nettement qu'elle se continue avec le col utérin, faisant avec lui un angle ouvert en avant. On fait le diagnostic de grossesse probable au début dans un utérus antéfléchi avec rotation à droite.

Le 18 mai, la femme revient à la consultation. On retrouve à droite la masse augmentée de volume depuis le premier examen et constituée par le corps utérin gravide. On ramène facilement le corps utérin en avant et même on peut le refouler à gauche de la ligne médiane. Il est de toute évidence qu'il s'agit d'une grossesse de un mois et demi dans un utérus antéfléchi et en rotation droite.

OBSERVATION III

La femme D..., âgée de 22 ans, a été réglée à 18 ans et toujours régulièrement. Les règles durent 5 à 6 jours, sans douleur. Deux grossesses se sont terminées à terme par la naissance d'enfants vivants. La femme a eu ses règles du 3 au 7 février; elle n'a pas eu de menstruation en mars ni en avril. Le 8 mai, elle perd du sang pendant cinq jours, comme lors de ses règles normales. En juin, pas de menstruation.

Le 13 juillet, elle vient consulter à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Elle est examinée par les deux internes de service, qui trouvent un col utérin large un peu cône, dont l'axe est dévié en bas et à gauche et dont l'orifice externe est petit malgré deux grossesses antérieures. Au-dessus du col ils perçoivent une masse qui semble formée de deux parties: une médiane qui se continue avec le col, et une autre globuleuse, située du côté droit. Cette dernière masse est pâteuse, du volume d'une orange. Ils pensent tous deux soit à une grossesse extra-utérine, soit à une grossesse angulaire.

La malade est ensuite examinée par M. le docteur Cathala, qui trouve les mêmes signes que ceux décrits par les internes, mais constate en plus que la masse droite, très mobile, peut être ramenée en avant sur la ligne médiane présentant tous les signes d'un utérus gravide de deux mois et demi avec antéflexion très prononcée du corps sur le col.

Les erreurs dues à la flexion rotation de l'utérus sont également fréquentes à la suite d'un avortement, car

si l'expulsion de l'œuf n'a pas été constatée, l'écoulement sanguin post-abortionum est pris pour des pertes sanguines provoquées par un fibrome, par une lésion annexielle, ou le plus souvent par une grossesse extra-utérine.

Les trois observations suivantes en sont des exemples :

OBSERVATION IV

Une jeune femme est envoyée par son médecin à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis, avec la lettre suivante :

« Je serais heureux d'avoir votre avis sur l'état de M^{me} C... qui, après une interruption de règles de deux mois, a présenté il y a quinze jours des métrorrhagies. Je pensais à une fausse-couche imminente qui ne s'est pas produite. En ce moment-ci, je trouve à gauche une masse indépendante de l'utérus. Je me demande s'il ne s'agit pas d'une grossesse extra-utérine. »

A l'examen, on trouve un utérus un peu augmenté de volume avec rotation du corps utérin à gauche; rien aux annexes. Le corps utérin, mobile, peut être ramené en avant, sur la ligne médiane. L'utérus est plus petit que ne l'indique l'âge de la grossesse et il est probable que la femme a fait une fausse couche les jours précédents. Il existe encore un léger suintement sanguin. Il s'agit donc d'un avortement fait chez une jeune femme qui présente un utérus en antéflexion-rotation gauche et non d'une grossesse extra-utérine. L'évolution montra l'exactitude de ce diagnostic.

OBSERVATION V

S... Blanche, vient consulter le 6 octobre 1933 à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis. Elle dit avoir fait, la semaine précédente, une fausse couche de deux mois environ (fin des règles le 18 juillet), et continue de perdre un peu de sang. Réglée à 14 ans régulièrement, avec 5 à 6 jours d'avance sans douleur. Elle a été soignée pour métrite en 1929. Il y a

deux ans, elle a déjà fait une fausse-couche de deux mois et demi.

A l'examen, on reconnaît un col utérin petit peu saillant; au-dessus de lui, on ne trouve pas sur la ligne médiane le corps utérin. Sur le côté droit, on sent une tumeur globuleuse, grosse comme une prune, qui pourrait faire penser à une tumeur annexielle ou à un fibrome, mais cette masse se mobilise et peut être facilement ramenée en avant, derrière le pubis. On constate alors qu'elle est constituée par le corps utérin en antéflexion sur le col. Il s'agit donc d'une antéflexion utérine avec rotation très accentuée du corps à droite. Les pertes sanguines sont dues à l'écoulement post-abortum, qui n'est pas encore terminé.

Le 13 octobre, la femme revient dans le service pour connaître le résultat d'une réaction de B.-W., qui est négatif. Elle ne perd plus. On trouve, en l'examinant, les mêmes signes que précédemment: l'utérus antéfléchi est toujours en rotation à droite.

OBSERVATION VI

La femme V... Séraphine, 29 ans, se présente à la Maternité de l'hôpital Saint-Louis le 6 septembre 1933, avec la lettre suivante de son médecin:

« Veuillez admettre dans votre service M^{me} V..., qui présente les signes d'une grossesse extra-utérine. »

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, tous les 28 jours, pendant 3 à 4 jours, elle a eu une grossesse à 25 ans terminée *spontanément* à terme. Après cette grossesse, les règles deviennent irrégulières et durent 8 à 10 jours. A 27 ans, une deuxième grossesse se termine par un avortement de deux mois. La femme a eu ses dernières règles du 9 au 19 mai. Aucune perte sanguine en juin. Depuis juillet, la malade perd; elle a eu une forte hémorragie le 31 août.

A l'examen, le 3 septembre, on trouve dans le cul-de-sac

vaginal gauche, une masse ferme qui est le corps très antéfléchi et en rotation. On ramène facilement le corps utérin sur la ligne médiane. L'orifice externe du col est largement ouvert, permettant l'introduction de l'extrémité du doigt.

Diagnostic: avortement avec rétention probable de l'arrière-faix, dans un utérus antéfléchi et en rotation gauche. Le 7 septembre, on pratique un curage digital et on extrait un placenta: pas de fœtus.

Les observations qui précèdent montrent les erreurs de diagnostic que peut occasionner la flexion-rotation de l'utérus au début de la grossesse ou à la suite d'un avortement, quand la femme ne perd pas de sang. Le corps utérin situé latéralement peut être pris pour un fibrome, un petit kyste de l'ovaire ou faire croire à une grossesse angulaire. S'il existe des écoulements sanguins, l'erreur la plus fréquente se fait avec la grossesse extra-utérine, surtout lorsqu'il y a rétroflexion.

Le diagnostic est parfois très difficile quand il existe un ramollissement très prononcé de l'isthme, qui fait paraître la tumeur complètement isolée et sans continuité avec la portion cervicale, et quand la paroi abdominale épaisse ou tendue, gêne l'exploration de l'excavation pelvienne et ne permet pas de se rendre compte si, sur la ligne médiane au-dessus du col, existe ou non un corps utérin.

Mais, connaissant la possibilité de ces erreurs, il devient facile de faire le diagnostic en mobilisant la tumeur latérale. On constate alors que celle-ci est constituée par le corps utérin, qui peut être ramené sans difficulté soit en arrière en cas de rétroflexion, soit en avant, même au delà de la ligne médiane, en cas d'an-

téflexion. Lorsque l'utérus a repris sa situation normale, les rapports de l'isthme et du col avec le corps se perçoivent très nettement, la continuité des diverses portions de l'utérus se reconnaît facilement et le degré de flexion du corps sur le col devient aisé à apprécier.

CONCLUSIONS

1° Pendant la grossesse, on peut observer des flexions avec rotation de l'utérus.

2° Ces déviations de l'utérus peuvent provoquer des erreurs de diagnostic. Elles peuvent être confondues avec : une grossesse angulaire, une grossesse extra-utérine, avec tumeur annexielle ou un fibrome compliquant la grossesse.

3° Ces déviations de l'utérus doivent être connues, car une erreur de diagnostic peut entraîner à un traitement opératoire inutile.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président de thèse*,
A. BRINDEAU

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- SCHULTZE. — *Traité des déviations utérines.*
- KÜSTNER. — *Döderlein Handbuch für Geburtshilfe.*
- J. VEIT. — *Handbuch der Gynäkologie*, 1 tome.
- V. OLHAUSEN. — *Zeitschrift für Geburt. und Gynäkologie*, t. 69, page 258.
- KÜSTNER. — *Monaschrift für Geburt. und Gynäkologie*, tome 36.
- SCHINDLER. — *Monaschrift für Geburt. und Gynäkologie*, 1919, page 409.
- A. FAIX. — *La rétroversion de l'utérus dans les rapports avec la grossesse, Puériculture*, n° 11, 1931.
- VIGNES. — *Rétroversion, Progrès Médical*, 20 fév. 1932.
- DECAMPS. — *Les vices de position de l'utérus, Médecine*, Paris, 1923.
- VACHERON. — *De la latéroflexion de l'utérus gravide.*
- DOLÉRIS. — *Pratique médicale*, année 1888. (Leçons sur les déviations utérines.)
- FAURE et SIREDEY. — *Traité de gynécologie médico-chirurgical.*
- GARDIEN. — *Traité d'accouchements et des maladies de la femme et des enfants*, t. I, page 199.
- COURTY. — *La torsion axiale aiguë, Presse Médicale*, n° 40, 18 mai 1932.
- GIROD. — *Torsion de l'utérus, Gazette des Hôpitaux*, n° 15, 7 février 1911.
- KIPARSKY. — *Zentrolblatt für Gynäkologie*, Leipzig, 1925, n° 5.

- JAKOWICKI. — *Polska Gazeta Lekarska*, Krakow, 1924, pages 59-62.
- CATHALA. — *Leçons de jeudi soir*, Clinique Tarnier, 1927.
- DOLÉRIS. — *Leçons de jeudi*, Clinique Tarnier, 1927.
- KOKS. — *Die normale und pathologische Lage und Gestalt des Uterus sowie deren mechanik.*
- LÖHLEIN. — *Über Achsendrehung des Uterus, besonders der graviden Uterus*, *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1897, p. 213.
- L. DEVRAIGNE. — *Anomalies de position de l'utérus gravide*, *La Pratique médicale française*.
- KEIFFER. — *Torsion de l'utérus gravide*, *Bruxelles Médical*, n° 10, 1926.
- LEMPEN S. — *Torsio uteri gravidi*, *Arch. f. Wissensch. u. Prakt. Thierh.*, 1902, p. 423.
- KITTEL. — *Ein Beitrag zur Achsendrehung des Uterus*, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, n° 36, 1921.
- MURRAY R.-M. — *On deflection and rotation of the pregnant and puerperal uterus*, *Fr. of the Edinburg Obst. soc.*, 1896-1897, p. 39.
- WEINZIERL. — *Zur Kasuistik der Achsendr. des Uterus während der Geburt*, *Zentralbl. f. Gynäkol.*, 1922, n° 51.

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Historique	11
Chapitre I	12
» II	14
» III	28
Conclusions	35
Bibliographie	36

Imprimerie spéciale de la Librairie L. RODSTEIN.

100